

성명	이	성	○
성별/나이	M/43		
진료과	소화기내과	병실	6326

# 왓슨 포 온콜로지 개인정보수집이용제공 동의서

## [조선대학교병원] 왓슨 포 온콜로지 진료 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

【조선대학교병원】은 개인정보보호법 등 관련 법령상의 개인정보 보호 규정을 준수하며 [왓슨 포 온콜로지 진료]와 관련한 개인정보 보호에 최선을 다하고 있습니다. 【조선대학교병원】은 개인정보보호법 제17조제1항제1호에 근거하여, 다음과 같이 [왓슨 포 온콜로지 진료]를 위하여 개인정보를 수집·이용·제3자에게 제공하는데 동의를 받고자 합니다.

1. 개인정보의 수집·이용·제공 목적: 의학 연구, 데이터를 이용한 치료 결과 후회 조사
2. 수집하는 개인정보의 항목

- 기본 정보 : 나이, 성별, 종무계
- 진료 정보 : 진단명 및 질병에 관한 임상정보

3. 수집된 정보를 제공 받는 기관

- 미국 아이비엠 왓슨 (IBM Watson)
- 뉴욕 메모리얼 슬론 케터링 암센터 (MSKCC)

4. 개인정보의 보유 및 이용 기간 : 왓슨 서비스 이용 종료시까지

5. 동의거부권 및 동의 거부에 따른 불이익 안내

: 본인은 위와 같이 개인정보를 수집·이용·제공하는 데 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 왓슨 포 온콜로지에 대한 진료를 받지 못할 것을 알려 드립니다.

개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까? ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음

수집된 정보를 제3자에게 제공할지 동의하십니까? ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음

그 밖에 개인정보 취급에 관한 자세한 사항은 조선대학교병원 홈페이지 하단에 공개한 "개인정보 처리방침" 을 참고하시기 바랍니다.

2019년 / 월 / 일 환자성명 : (서명)

만 14세 미만 또는 환자의 신체·정신적 장애로 의사결정이 어려운 경우

법정대리인의 성명: (서명)





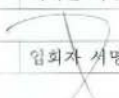
관계:

조선대학교병원 귀중

## 동 의 서

동의서에 서명하시기 전에 다음 사항을 다시 한번 확인하시고 해당 칸에 직접 표기하여 주시기 바랍니다.  
증례보고 혹은 의무기록 기반 연구시행에 관한 동의서

1. 나는 이 연구에 대한 설명문을 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 충분히 의논하였습  
니다. "예" ☒
2. 나는 이 연구참여로 인해 발생할 수 있는 위험(불이익)과 이득(혜택) 그리고 부작용 발  
생시 조치사항에 대하여 들었으며 나의 질문에 만족한 만한 답변을 얻었습니다. ☒
3. 나는 연구 진행 과정에서 나에게 대한 새로운 정보를 수집하거나, 동의 당시 설명받은 위  
험 이외의 불이익이 발생한 경우 연구자가 나에게 즉시 보고해야 한다는 것을 알고 있  
습니다. ☒
4. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의하며, 어떠한 강제나 부당한 영  
향을 받지 않았습니다. ☒
5. 나는 이 연구에서 수집된 나(연구대상자)에 대한 정보의 종류와 범위에 대한 설명을 들  
었으며, 이는 헌법 법률과 기관생명윤리위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가  
수집하고 처리한다는 것을 충분히 이해하였습니다. ☐
6. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와  
보존 당국, 학교 당국 및 한국보건의료연구원 기관생명윤리위원회가 실태 조사를 하는  
경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니  
다. ☒
7. 나는 언제든지 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 불이익  
도 되지 않을 것이라는 것을 알고 있습니다. ☐
8. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝난 때까지 사본  
을 보관하겠습니다. 그리고 설명, 서명 그리고 날짜 모두 자필로 기록하였습니다. ☒
9. (대리인인 경우) 연구대상자는 이 연구에 대해 이해할 수 없는 상태이고 자필로 동의할  
수 없어 대리인이 대신 충분히 이해하고 자필로 서명하였습니다. ☒
10. (공정할 익회자인 경우) 연구대상자와 대리인이 동의서 서식, 연구대상자설명서 및 기  
타 문서화된 정보를 읽을 수 없어서 동의 전과정에 참여하였으며 연구대상자(대리인)의  
자유 의사로 이 연구 참여에 동의하였다는 것을 확인하였습니다. ☒

연구대상자 성명		연구대상자 서명	
대리인 성명(필요시)		대리인 서명	
대리 상황 및 사유			
입회자 성명(필요시)		입회자 서명	
입회 상황 및 사유			

● 대리인은 법적 대리인을 의미합니다.

< 점선 아래는 연구책임자(담당 의사) 기재란입니다. >

연구책임자는 본 조사연구의 목적, 방법, 편자의 권리, 비밀보장 등에 대해서 상세히 상기 환자에게 설명  
해 주었고, 환자 스스로 이 연구에 참여할 것을 결정하고 서명하였음을 확인합니다.

책임/공동연구자 성명		책임/공동연구자 서명	
-------------	---	-------------	---

2018년